

Г. С. Рачкаускас, Е. В. Высочин, В. М. Фролов

Оценка эффективности современных отечественных фитопрепаратов релаксила и иммуноплюса в лечении подростков с соматизированными депрессивными расстройствами

*Луганский государственный медицинский университет,
Луганская областная клиническая психоневрологическая
больница (г. Луганск)*

Применение комбинации современных препаратов растительного происхождения релаксила и иммуноплюса в комплексе лечения подростков с соматизированными депрессивными расстройствами показало, что данная комбинация препаратов не только способствует улучшению психоэмоционального фона больных, но и нормализует иммунные показатели, в частности, состояние макрофагальной фагоцитирующей системы, что положительно влияет как на тяжесть течения заболевания, так и на его длительность.

G. S. Rachkauskas, E. V. Vysochyn, V. M. Frolov

Estimation of efficiency of modern domestic phytopreparations of relaxylum and immunoplus in treatment of teenagers with somatic depressive disorders

*Luhans'k State medical University,
Luhans'k regional clinical psychoneurological Hospital
(Luhans'k)*

Application of a combination of modern phytopreparations relaxylum and immunoplus in a complex of treatment of teenagers with somatic depressive disorders has shown, that the given combination of preparations not only promotes improvement of a psychoemotional background of patients, but also normalizes immune indicators, in particular, the condition macrophagal phagocytic system, that positively influences both gravity of a current of disease, and on its duration.

УДК 616.895.4-008.441.44-084-036.82

М. В. Шестакова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

По данным ВОЗ в Европе более 110 млн человек страдают депрессивными расстройствами. При этом наиболее уязвимым возрастом для возникновения депрессий является пожилой (среди подростков депрессии регистрируются у 5 %, среди лиц среднего возраста — у 20 %, среди пожилых — у 30 %) [1, 2, 3, 15].

Такое преобладание депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста объясняется закономерными физиологическими, социальными и психологическими изменениями, которые происходят в процессе старения и являются предрасположением основой формирования депрессивных расстройств [6, 7, 9, 11, 12].

В настоящее время установлено, что пациенты с депрессиями совершают суициды в 30 раз чаще, чем люди, не страдающие депрессиями. При этом 15 % нелеченых пациентов с депрессиями умирают от суицида.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что изучение суицидального поведения при депрессиях у лиц пожилого возраста является важной медико-социальной проблемой.

На основании результатов обследования 98 больных пожилого возраста (55—65 лет) с депрессивными расстройствами (F 32.1 и F 33.1), в структуре которых выявлены различные формы суицидального поведения (основная группа), и 62 пожилых больных с эндогенными депрессиями без признаков суицидального поведения (контрольная группа) изучены особенности суицидального поведения при депрессиях у лиц пожилого возраста, что позволило разработать систему профилактики суицидального поведения у этой категории больных.

Основной целью разработанного комплекса является профилактика суицидального поведения за счет скорейшего купирования депрессии, стабилизации настроения и соматического статуса больного, купирования аутоагрессии и поддержания активности анти-суицидальных личностных механизмов.

Система профилактики суицидального поведения у пожилых депрессивных больных базируется на следующих основных принципах:

1. Системность подхода;
2. Своевременность и комплексность профилактики;

3. Дифференцированный (индивидуальный) подход;
4. Этапность.

Системность подхода в профилактике суицидального поведения у пожилых больных депрессиями подразумевает использование профилактических средств в трех направлениях.

В биологическом направлении, когда используются медикаментозные и немедикаментозные средства, способствующие купированию депрессии, коррекции эмоционального состояния и устранению биологических факторов формирования суицидального поведения (соматические болезни, сниженные вследствие старения физиологические ресурсы пожилого человека и т. д.).

В психологическом направлении, когда применяются психотерапевтические методы, способствующие коррекции личностных особенностей реагирования пожилого пациента на кризисные ситуации с формированием новых, более адаптивных форм поведения, эмоционального и когнитивного реагирования.

В социальном направлении, на котором с помощью социотерапевтических методов осуществляется микро- и макросоциальная реадaptация личности пожилого человека. Микросоциальная реадaptация личности пожилого подразумевает коррекцию его взаимоотношений в семье, производственном коллективе и повышение оценки удовлетворенности статусом в этих микрогруппах, повышение адаптивности психологической установки на жизнь в пожилом возрасте, в статусе пенсионера, социальную компенсацию потери части физиологических ресурсных возможностей в старости.

Макросоциальная реадaptация личности пожилого подразумевает коррекцию негативного отношения к сложившемуся материальному и социальному положению, экономическим и социальным изменениям вследствие старения и изменения жизненного стереотипа.

Составной частью системного подхода в профилактике суицидального поведения депрессивных больных пожилого возраста является комплексное терапевтическое воздействие на все суицидогенные (биологические,

личностные и социальные) и антисуицидальные факторы у этой категории больных.

Подобное воздействие позволяет разорвать порочный круг потенцирования одних суицидогенных факторов другими и воздействовать на все уровни суицидогенеза пожилых больных депрессиями.

Принцип своевременной и комплексной профилактики суицидального поведения пожилых больных депрессиями позволяет повысить качество профилактики суицидов у этой категории больных за счет:

а) раннего оказания медико-психологической и социальной помощи больным. Чем раньше будут устранены причины, вызвавшие депрессию и суицидальное поведение, тем большей будет вероятность предотвращения последующих суицидальных проявлений;

б) полипрофессиональности помощи. В процессе психопрофилактики суицидального поведения участвуют не только врачи психиатры, но и психотерапевты, интернисты, психологи, социальные работники, специалисты реабилитологи, работники служб занятости;

в) комплексности использования методов. Одним из основных принципов профилактики суицидов у депрессивных больных пожилого возраста является сочетание использования психотерапевтических, фармакологических, физиотерапевтических, рефлексотерапевтических и других методов. Использование этого принципа позволяет максимально интенсифицировать профилактику за счет взаимного потенцирования используемых методов.

Дифференцированный подход в профилактике суицидов у больных депрессиями пожилого возраста позволяет разрабатывать индивидуальные программы профилактики, учитывающие:

а) особенности суицидогенеза в каждом случае;

б) особенности формирования, течения и клиники депрессивного расстройства;

в) личностный, профессиональный и социальный потенциал конкретного пожилого больного, отражающий состояние антисуицидальных факторов, противостоящих развитию суицидального поведения и способствующих социальной адаптации и реадaptации больных этой группы.

Индивидуальные программы психопрофилактики направлены на реализацию конкретных целей с помощью медико-биологических, психологических и социальных мероприятий у каждого конкретного больного депрессиями пожилого возраста. В индивидуальных программах учитываются потенциальные социально-психологические возможности больного с суицидальным поведением, которые по своей сути исполняют роль антисуицидальных факторов психики человека.

Разработанная система профилактики суицида у больных депрессиями пожилого возраста состоит из диагностического и превентивного этапа.

На диагностическом этапе анализируются анамнестические данные, изучаются преморбидные личные особенности больного, его эмоциональные, поведенческие и когнитивные реакции на снижение физиологических и социальных ресурсов, особенности его мотивации, системы отношений с близкими людьми. Также оценивается соматический статус, уточняется диагноз депрессии, ее патогенез, динамика, выраженность психопатологических проявлений. Выявляются и изучаются суицидогенные механизмы, суицидальные и антисуицидальные факторы.

Для этих целей используются клиничко-психопатологический метод, методы психометрического и психологического исследования: шкала Гамильтона (HDRS), шкала определения выраженности суицидального риска, методика оценки самосознания смерти и самооценки выраженности аутоагрессивных предикторов, методика изучения ценностных ориентаций Е. Б. Фанталовой, опросник Басса — Дарки, тест «Характерологические акцентуации характера и нервно-психическая неустойчивость» [4, 5, 8, 11, 12].

Изучение соматического состояния больного осуществляется средствами и методами неврологического и терапевтического клинического и параклинического обследования.

Социальный статус больного — состояние профессиональной адаптации больного, удовлетворенность семейными отношениями и включенность пациента в социальную жизнь на работе и в обществе — определяется с помощью интервьюирования пациента, его близких и коллег.

В заключение этого этапа разрабатывается индивидуальная программа профилактики суицида, в которой подбираются наиболее эффективные биологические, психотерапевтические и социальные методы воздействия.

После того как составлена программа профилактики, начинается второй этап — этап превентивных мероприятий. На этом этапе проводится развернутая биологическая, психотерапевтическая, социально-психологическая и профессиональная интервенция, направленная на:

1. купирование суицидального поведения;

2. купирование депрессивного расстройства и стабилизацию настроения пожилого больного;

3. формирование компенсаторных механизмов, способствующих адаптации больного к процессам старения и снижения физиологических и социально-психологических ресурсов;

4. закрепление адаптивного поведения.

Переходя к подробному описанию превентивных мероприятий, следует отметить, что в этих мероприятиях используются как купирующие, так и стабилизирующие средства. Купирующие средства направлены на максимально быструю регрессию депрессивного расстройства и суицидального поведения.

Стабилизирующая терапия направлена на поддержание настроения и постепенное восстановление адекватного аффективного, когнитивного и поведенческого реагирования на сложившуюся ситуацию снижения физиологических и социальных ресурсов пожилого человека.

Купирующая терапия проводится на базе стационара, в том числе дневного стационара, стабилизирующая терапия — в амбулаторно-поликлинических условиях, кабинетах психотерапевта, психолога, социального работника.

Основными средствами купирующей терапии являются медикаментозные средства, при использовании которых необходимо учитывать следующие требования:

1. Купирующую терапию необходимо начинать со среднетерапевтической дозы антидепрессанта. Средняя продолжительность купирующей терапии составляет 1—3 месяца.

2. При наращивании дозы антидепрессанта необходимо учитывать пожилой возраст больных, побочные эффекты препарата у пожилых людей.

3. При стабилизации настроения, появлении адекватных эмоциональных форм реагирования проводится постепенное снижение дозы антидепрессанта на половину или одну треть один раз в 5 дней.

4. Эффективность антидепрессанта необходимо оценивать с помощью шкалы Гамильтона. Если на протяжении четырех недель использования антидепрессанта регрессия депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона не превышает 50 %, то антидепрессант необходимо заменить.

5. В купирующей терапии депрессивного расстройства пожилых больных с суицидальным поведением необходимо использовать антидепрессанты широкого терапевтического спектра или комбинации антидепрессантов с транквилизаторами, нейролептиками, ноотропами, общеукрепляющими препаратами, немедикаментозными методами лечения.

6. При подборе медикаментозных средств купирования депрессии и суицидального поведения пожилых больных необходимо учитывать психопатологические особенности депрессии: двигательное беспокойство, снижение уровня интересов, наличие идей малоценности и ипохондрических расстройств, нарушение коммуникативных функций, наличие тревожных расстройств поведения, суточные колебания настроения, эмоциональные расстройства (тревога, ангедония, неудовлетворенность собой, отчаяние, печаль), соматовегетативные расстройства (сексуальные нарушения, нарушения сна).

Согласно результатам проведенного исследования, у больных депрессиями пожилого возраста с суицидальным поведением преобладают тревожная (ажитированная) и сенесто-ипохондрическая депрессия. В соответствии с этими формами депрессии пожилых больных нами разработаны схемы купирующей терапии.

Так, учитывая клинические особенности **тревожной (ажитированной) депрессии**, разработана следующая схема медикаментозной терапии.

I. Антидепрессанты: паксил (20—40 мг/сут.) или ципрамил (20—40 мг/сут.);

II. Транквилизаторы: диазепам (10—20 мг/сут.), курсом не более 20 дней;

III. Атипичные нейролептики (вместо транквилизаторов, при тяжелых вариантах течения, сопровождающихся ажитированной симптоматикой и т. д.): рисполепт (1—4 мг/сут.);

IV. Ноотропы: пирацетам (400—800 мг/сут.), курсом 30 дней;

V. Препараты общеукрепляющего действия:

Раствор витамина В₁ 2,5 % внутримышечно один раз в день, витамин В₆ 1 % внутримышечно один раз в день, курсом 15 дней;

Мультивитаминный комплекс — длительно;

VI. Препараты соматоневрологического лечения: назначаются в соответствии с соматоневрологическим статусом.

Для **сенесто-ипохондрической депрессии** с учетом психопатологических проявлений ее у пожилых больных с суицидальным поведением разработана следующая схема купирующей терапии:

I. Антидепрессанты: золофт (100—150 мг/сут.), или флувоксамин (150—200 мг/сут.);

II. Атипичные нейролептики: рисполепт (1—4 мг/сут.);

III. Ноотропы: прамистар (800—1600 мг/сут.), курсом 1—3 мес.;

IV. Средства, стимулирующие метаболические процессы: раствор актовегина 4,0 в/м 1 раз в сутки, курсом 10 дней или раствор церебролизина 1,0 в/м 1 раз в сутки, курсом 30 дней;

V. Препараты общеукрепляющего действия:

Раствор витамина В₁ 2,5 % — 1,0 внутримышечно один раз в день, витамин В₆ 1 % — 1,0 внутримышечно один раз в день, витамин РР 1 % — 1,0 внутримышечно один раз в день, раствор йодистого калия 3 % — 3,0 в/м 1 раз в сутки, курсом 15 дней;

Мультивитаминный комплекс — длительно;

VII. Препараты соматоневрологического лечения: назначаются в соответствии с соматоневрологическим статусом.

Дополнительно к медикаментозным средствам купирования депрессии и суицидального поведения у пожилых больных необходимо использовать немедикаментозные методы (биологически обратную связь, светотерапию и психотерапию).

Метод биологически обратной связи базируется на принципе саморегуляции больным своих физиологических функций и эмоциональных реакций под контролем параметров электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Методы психотерапевтического воздействия используются на этапе превентивных мероприятий, в целях купирования суицидального поведения, формирования компенсаторных механизмов, способствующих адаптации больного к процессам старения и снижения физиологических и социально-психологических ресурсов, закрепления выработанных компенсаторных механизмов.

Использование психотерапии в системе профилактики суицидального поведения у больных депрессиями пожилого возраста позволяет наряду с изменениями в психофизиологической и эмоциональной сфере изменять личностные установки больного, его отношение к психогениям в пожилом возрасте, выработать реальную цель и обрести смысл в жизни, скорректировать потребностную сферу и т. д.

При формировании новых форм когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования у пожилых больных, в процессе проведения у них психотерапии необходимо учитывать выделенные в исследовании следующие предикторы суицидального поведения:

1) острое воздействие таких психогенных факторов как уход на пенсию (перспектива увольнения в связи с пенсионным возрастом), ухудшение материально-бытового положения, угроза или потеря социального статуса, безработица (страх безработицы), собственная болезнь или увечье;

2) высокий уровень суицидального риска при низком уровне самосознания пожилым больным смерти;

3) неудовлетворенность мотивационных потребностей в активной деятельности, здоровье, интересной работе, свободе и независимости, материально обеспеченной и счастливой семейной жизни;

4) преобладание в структуре личности пожилых больных с высоким суицидальным риском интроверсии, эксплозивности, психастении, проявляющиеся в социально-психологической дезадаптации, импунитивных импульсивных реакциях, высокой тревожности и низкой нервно-психической устойчивости;

5) преобладание среди форм агрессивного поведения аутоагрессии, обиды, подозрительности, раздражения, характеризующихся, с одной стороны, недоверием, завистью, враждебностью к окружающим, сложившейся

ситуации и негативным отношением и действиями к самому себе, с другой стороны;

б) патопсихологический механизм формирования суицидального поведения, при котором пусковым фактором является фрустрация мотивационных потребностей по причине пожилого возраста (уменьшение ресурсных и компенсаторных возможностей человека) и личностных особенностей, повышающих чувствительность к подобного рода фрустрациям. Фрустрация потребностей у больных способствует росту тревоги, депрессии, снижению нервно-психической устойчивости, социально-психологической дезадаптации и агрессивному поведению. Агрессивное поведение имеет враждебную направленность по отношению к окружающим и сложившейся ситуации. Эта враждебность усиливает тревожный компонент личности, вызывает расстройство межличностного взаимодействия и снижение когнитивных функций. На этом фоне присущие личности больных импульсивные импунитивные реакции способствуют формированию суицидальных попыток, которые способствуют снятию тревоги и нервно-психического напряжения.

В разработанной системе профилактики суицидального поведения у пожилых депрессивных больных применяются методы индивидуальной, групповой психотерапии и психическая саморегуляция.

Из методов индивидуальной психотерапии используется:

1. индивидуальная рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение, переубеждение, отвлечение) [10];
2. индивидуальная когнитивная психотерапия по Beck A. T. [14];
3. когнитивно-бихевиорально-аналитическая психотерапия по Д. Мак-Каллоу [13, 14];
4. психическая саморегуляция [10].

Кратность использования индивидуальной психотерапии — 1 раз в день, в течение первых 10—30 дней пребывания в стационаре с последующим уменьшением кратности посещения психотерапевта до 2—3 раз в неделю в стационарных и амбулаторных условиях. Курс индивидуальной психотерапевтической работы — 6—12 месяцев.

Индивидуальная рациональная и когнитивная психотерапия используется с целью:

1) выявления и исправления больным ошибочных умозаключений, приводящих к снижению настроению, чувству неполноценности, пассивности и суицидальному поведению;

2) осознания общих механизмов формирования у больного сниженного настроения; осознания слабых сторон личности; личностных, когнитивных и эмоциональных форм проявления дезадаптации, связанной со старением и снижением физиологических ресурсов больного; осознания основных суицидогенных факторов и общих механизмов их воздействия.

Итогом индивидуальной терапии должны быть стабилизация психического состояния, реориентация отношения пациента к процессу старения; выработка адекватных реакций больного на процессы старения, создание устойчивой мотивации достижения, стабилизация психического состояния больного, выработка им адекватного эмоционального реагирования на факторы, провоцирующие суицидальное поведение, формирование новых форм поведения, исключаящих

импульсивность, тревожность, пассивность, зависимость от окружения, низкую самооценку и т. д.

Из методов групповой психотерапии в разработанной системе профилактики суицидов используются «группы поддержки», ориентированные на улучшение коммуникативных качеств личности, выработку и закрепление эффективных приемов общения между людьми пожилого возраста, навыков и умений управления своим поведением и эмоциональными реакциями.

Основным средством группового процесса для выработки и закрепления этих умений является метод моделирования ситуаций и отреагирование их в группе.

Групповая работа в этих группах проводится 2 раза в неделю в течение 2—3 месяцев.

Как показали результаты исследования, при ухудшении семейных отношений у пожилого больного резко возрастает риск формирования суицидального поведения. Поэтому при неблагоприятных семейных отношениях необходимо использовать семейную психотерапию, проводимую индивидуально и с членами семьи больного.

С целью закрепления выработанных позитивных форм эмоционального, поведенческого и когнитивного реагирования на факторы, ранее вызывающие состояние депрессии и аутоагрессии, необходимо использовать методы психической саморегуляции.

Из методов психической саморегуляции в разработанной системе профилактики используются прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону и аутогенная релаксация с глубоким дыханием — 2—3 раза в неделю, в течение 2 месяцев, с формулами самовнушения, направленными на коррекцию личности, самоконтроль в стрессовых ситуациях, избавление от тревожности и первых признаков суицидального поведения.

При наличии проблем в профессиональной сфере необходима правильная и своевременная профессиональная реориентация, которая позволит сохранить трудовой потенциал личности больного, адаптировать его к новым условиям и видам работы.

С целью воссоздания нарушенных или утраченных социальных связей и формирования новых социальных отношений пожилых больных необходимо стимулирование больного для участия в различных непрофессиональных видах деятельности, таких как учебная, трудовая на общественных началах, досуговая, участие в разных видах творчества, собственное оздоровление, участие в работе общественных организаций, воспитание детей, внуков, увлечения, хобби.

В этом направлении системы профилактики участвуют медицинские психологи и социальные работники.

Основной целью апробации была оценка эффективности разработанной системы профилактики суицидального поведения пожилых больных в сравнении с традиционными методами профилактики.

В апробации разработанной системы профилактики участвовал 51 больной, контрольная группа состояла из 48 больных. Все больные были выбраны из основной группы, участвовавшей в исследовании.

Первая группа прошла курс профилактики суицидального поведения по разработанной системе, вторая — курс традиционной профилактики суицидов.

Согласно результатам апробации, в таблице 1 представлены показатели клинической эффективности профилактических мероприятий у больных депрессиями пожилого возраста с суицидальным поведением.

Согласно полученным результатам, после использования разработанной системы профилактики суицида у больных депрессиями пожилого возраста в 72,5 % случаев диагностировано психическое здоровье, тогда как после использования традиционных форм профилактики психическое здоровье диагностировано только у 27,7 % больных (при $p < 0,05$).

Оценка клинической эффективности профилактических мероприятий у больных депрессиями пожилого возраста

Критерии оценки клинической эффективности профилактики	Разработанная система профилактики * (n = 51)		Традиционные профилактические мероприятия (n = 47)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Психическое здоровье	37	72,5±7,3 *	13	27,7±2,5
Улучшение психического состояния	5	9,8±1,2	7	14,8±1,6
Отсутствие позитивной динамики психического состояния	6	11,8±1,3 *	17	36,2±3,5
Ухудшение психического состояния	3	5,9±1,0	10	21,3±2,1
Суицидальное поведение (суицидальные мысли, решение, намерение)	8	15,7±1,5	16	34,0±3,2
Суицидальные попытки	2	3,9±0,9	11	23,4±2,2

* — достоверность различий с контрольной группой $p < 0,05$

В тоже время в группе больных, которым проводились мероприятия по традиционной схеме профилактики, отмечено большее количество больных с отсутствием позитивной динамики, чем в основной группе (соответственно 36,2 % и 11,8 %, при $p < 0,05$) и ухудшением психического состояния (соответственно 21,3 % и 5,9 %, при $p < 0,05$).

Согласно результатам трехлетнего катamnестического наблюдения, в контрольной группе было выявлено 34,0 % больных с суицидальными мыслями и фантазиями и 23,4 % — с суицидальными попытками. В основной группе больные с суицидальными мыслями, фантазиями, решением и суицидальными попытками составляли 15,7 % и 3,9 % соответственно (при $p < 0,05$).

Таким образом, динамика психического состояния и суицидального поведения свидетельствуют о большей эффективности использования у пожилых больных депрессиями разработанной системы профилактики суицидов, в сравнении с традиционно используемыми.

Список литературы

1. Бобров А. С. Эндогенная депрессия. — Иркутск: РИО ГИУВ, 2001. — 384 с.
2. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике — СПб.: Питер, 2002. — 528 с.
3. Бурчинский С. Г. Новые подходы к оптимизации фармакотерапии депрессий в пожилом и старческом возрасте // Украинський вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 1(46). — С. 62—66.
4. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику. — ХДМУ. — № заяв. 20001021010 від 13.02.01. — Надрук. — 2001, бюл. 6 // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00.
5. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб оцінки самосвідомості смерті. — ХДМУ. — № заяв. 20001021008 від 13.02.01 — Надрук. — 2001, бюл. 6 // Патент 40453А.
6. Дзеружинская Н. А., Сыропятов О. Г. Диагностика и лечение депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологического профиля // Арх. психиатрії. — 2003. — Т. 9. — № 1. — С. 74—79.
7. Ефименко В. П. Депрессии в пожилом возрасте. — Л.: Медицина, 1975. — 188 с.

8. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 312с.

9. Марута Н. А., Колядко С. П., Череднякова Е. С. Клинические проявления и принципы терапии депрессивного эпизода у лиц пожилого возраста // Украинський вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50). — С. 207—208.

10. Михайлов Б. В. та ін. Психотерапія: Підручник для лікарів-інтернів вищих медичних закладів освіти III—IV рівнів акредитації / Б. В. Михайлов, С. І. Табачников, І. С. Вітенко, В. В. Чугунов. — Х.: Око, 2002. — 768 с.

11. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 2004. — 26 с.

12. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

13. Психотерапія: Учебник для вузов / Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. — СПб.: Питер, 2003. — 472с.

14. Хайл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа; Речь, 2001. — 784 с.

15. The World Health Report: 2001: Mental Health: Now Understanding, New Hope.

Надійшла до редакції 15.01.2009 р.

М. В. Шестакова

Система профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресії літнього віку

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України» (м. Харків)

На підставі результатів обстеження 98 хворих літнього віку (55—65 років) з депресивними розладами (F 32.1 і F 33.1), в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки (основна група) і 62 літніх хворих з ендогенними депресіями без ознак суїцидальної поведінки (контрольна група) вивчені особливості суїцидальної поведінки при депресіях у осіб літнього віку, що дозволило розробити систему профілактики суїцидальної поведінки у цієї категорії хворих.

Система профілактики суїцидальної поведінки у літніх депресивних хворих базується на таких основних принципах: системність підходу; своєчасність і комплексність профілактики; диференційований (індивідуальний) підхід; етапність.

Динаміка психічного стану і суїцидальної поведінки свідчать про більшу ефективність використання у літніх хворих на депресії розробленої системи профілактики суїцидів, порівняно з традиційно використовуваними.

М. V. Shestakova

The system of prevention of a suicidal behavior in elderly patients with depressions

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

On the base of results of an examination of 98 elderly patients (55—65 years old) with depressive disorders (F32.1 and F33.1), in the structure of that different forms of a suicidal behavior were defined (the main group), and 62 elderly patients with endogenous depressions without signs of a suicidal behavior (the control group) peculiarities of a suicidal behavior in depressions in elderly persons were investigated. This allowed us to work out the system of prevention of a suicidal behavior for this category of patients.

The system of prevention of a suicidal behavior for elderly depressed patients is based on the main principles stated below: a systematic approach, a timing and complexness of the prevention, a differentiated (individual) approach; a step-by-step principle.

Dynamics of psychic conditions and a suicidal behavior evidence a more effective usage of the system worked out in elderly patients with depressions in comparison with the systems used traditionally.